453

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 juillet à 1 heure

DE LA MYOSALGIE

ET DE LA

DERMALGIE DANS LA COLIQUE DE PLOMB

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

PAR

L. COLLET

De la Faculté de médecine de Paris

Président :	M. HUTINEL	*Professeurs*
Juges . . .	MM. A. ROBIN	*Professeurs*
	DESGREZ	*Agrégés*
	GOUGET	*Agrégés*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT-BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BRANCA.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BEZANÇON (Fernand)	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	SICARD.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	ZIMMERN.
CASTAIGNE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale

A M. LE DOCTEUR BROCA

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

A M. LE DOCTEUR CLAISSE

Médecin de la Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Avant de commencer l'exposé de notre thèse qui va terminer le cours de nos études médicales, nous voulons nous acquitter d'un devoir de reconnaissance envers ceux près desquels nous avons été à même d'apprendre « l'art, si difficile, de guérir ».

Nous adressons donc ici nos plus sincères remerciements, pour leur enseignement dévoué, à nos maîtres de l'Ecole et de l'Hôtel-Dieu d'Angers :

Que MM. les Professeurs de clinique Monprofit et Thibault, dont nous avons eu l'honneur et le plaisir d'être l'élève, veuillent bien agréer l'expression de notre profonde reconnaissance pour leurs leçons si claires et si précises et pour la bienveillante sympathie qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant nos premières années d'études.

M. le Professeur Hutinel nous fait le grand honneur de présider notre thèse, qu'il veuille bien accepter nos sentiments de profonde gratitude.

INTRODUCTION

De par ses propriétés aussi remarquables que diverses, le plomb est un des métaux dont les applications industrielles sont peut-être les plus étendues. Connu depuis la plus haute antiquité, — les Romains employaient déjà le minium et la céruse pour décorer leurs maisons — il est d'un usage courant dans la peinture, l'imprimerie, la fabrication de la poterie et des émaux. Enfin, en ces temps modernes où l'électricité atteint son apogée, le plomb entre dans la composition des câbles électriques, des accumulateurs. Sans avoir la prétention de passer en revue tous les usages du plomb et de ses composés, il suffit de songer à l'importance, au développement croissant de ces industries que nous venons de signaler, peinture, câbles électriques, poterie, canalisations, etc., pour se rendre compte que si elles sont la genèse de certains accidents, ces derniers doivent acquérir une fréquence considérable. Et de fait, aussi anciennement connus que le métal et ses composés sont les accidents consécutifs à leur usage, à leurs manipulations. De nos jours où l'hygiène tend de façon si heureuse à prohiber les substances nocives des milieux industriels ou du moins d'en restreindre les fâcheux effets, il est permis

d'espérer que l'intoxication par le plomb et ses composés — surtout le minium et la céruse — deviendra de plus en plus rare et même dans quelques années n'offrira plus qu'un intérêt rétrospectif.

Actuellement, en effet, sont en préparation et même en cours de discussion des lois très justes, très humaines visant tout particulièrement l'intoxication saturnine. En Suisse, les accidents du saturnisme donnent droit à une indemnité; cette question est à l'étude en Angleterre, en Italie et la France, patrie de toutes les libéralités, ne restera certainement pas insensible aux revendications de toutes les innombrables victimes de l'intoxication saturnine.

En attendant qu'à un métal aussi meurtrier que le plomb, soit substitué dans les industries de l'imprimerie, de la peinture, de la poterie, etc., un agent non toxique, ne réclamant plus l'attention de l'hygiéniste et du législateur, il est malheureusement certain que les accidents du saturnisme existent encore fréquemment, que nous la rencontrons journellement dans nos grands centres hospitaliers: en un mot, le saturnisme est encore d'actualité.

DIVISION CLINIQUE

Multiples sont les traductions cliniques de la souffrance de l'organisme intoxiqué par le plomb et ses composés. On les classe en deux grands groupes, suivant qu'il s'agit d'une intoxication aiguë ou d'une intoxication chronique.

L'intoxication aiguë est relativement rare : elle succède, en général, à un empoisonnement consécutif à l'ingestion accidentelle ou volontaire d'une dose massive d'une substance à base de plomb (eau de Goulard, extrait de Saturne, etc.).

L'intoxication chronique de beaucoup la plus fréquente est aussi la plus intéressante : comme tout poison ingéré à doses minimes, mais répétées, le plomb frappe lentement tous les grands appareils de l'économie : mais suivant de nombreuses conditions pathogéniques telles que l'alcool, la syphilis entre autres, tous les organes ne sont pas en même temps et au même degré altérés. Certains réagissent plus violemment et surtout plus rapidement aux effets nocifs du métal : et c'est ainsi en se basant sur la date d'apparition des désordres organiques, que l'on a pu diviser en 2 catégories les manifestations morbides de l'intoxication saturnine chronique. Dans la première, les accidents sont très précoces ; ce sont : en 1er lieu, la colique de plomb, puis les

phénomènes nerveux, les paralysies, l'encéphalopathie saturnine, les arthralgies, la parotidite. Les accidents tardifs sont représentés par la néphrite, la goutte saturnine et la cirrhose du foie d'origine plombique.

De par la violence parfois dramatique de ses symptômes, de par le fait que son éclosion première peut souvent être en quelque sorte le *signe d'alarme* de l'intoxication saturnine, celui qui permettra d'enrayer le mal et surtout de prendre toute mesure prophylactique nécessaire telle que la cessation du travail du plomb pour un ouvrier, de par la difficulté également de donner de chaque élément de ce syndrome une explication pathogénique rationnelle et définitive, la colique de plomb a suscité un nombre considérable de travaux. Passant rapidement en revue cette question toujours d'actualité de la colique saturnine dont nous avons eu l'occasion de voir de beaux exemples dans le service de notre maître M. le Docteur Claisse, *nous voudrions insister sur l'élément douleurs et sur la myosalgie saturnine ;* voir ses *rapports avec la constipation opiniâtre* et en un mot examiner si dans le drame de la colique saturnine, le grand rôle est tenu par l'intestin, si au contraire il revient à la myosalgie des muscles de la paroi abdominale ou enfin si le rôle l'intestin et celui de la paroi se contrebalancent.

Le syndrome colique de plomb

La colique de plomb est le syndrome aigu de l'intoxication saturnine chronique, caractérisé par de violentes douleurs abdominales s'accompagnant de constipation et de vomissements.

L'élément douleur domine de si haut toute la scène morbide qu'il a valu son nom de colique à cette manifestation de l'intoxication.

Connu depuis la plus haute antiquité, puisque Hippocrate, Nicandre, Celse, Gallien, lui font une place dans leurs œuvres, nous voyons son étiologie ignorée dans les dénominations de colique séreuse de Lepois, colique bilieuse de Milon, colique scorbutique de Schencke, de colique du Poitou, de Normandie, de Devonshire, etc., etc... Il faut arriver à la fin du siècle dernier pour trouver les descriptions magistrales de Broussais et son école et surtout de Grisolle, 1835 et Tanquerelle des Planches, 1839. Puis au tableau classique du syndrome s'adjoignirent de plus en plus nombreuses des observations établissant l'aspect protéiforme de l'affection. C'est ainsi que peu à peu à côté du *trépied saturnin*, *douleur*, *vomissement*, *constipation*, vinrent se ranger une foule d'autres symptômes parmi lesquels certains en opposition formelle avec les trois signes cardinaux. C'est ainsi que dans sa thèse Bernard rassemble des observations

où la constipation n'est pas absolue (obs. XIV) ou même est remplacée par des selles diarrhéiques, où les vomissements font défaut, où la rétraction du ventre est remplacée par du ballonnement (obs. XIV, XV Bernard) mais un symptôme ne fait jamais défaut, *la douleur*

Le tableau clinique de l'affection est en général caractéristique : l'intoxication professionnelle est la plus fréquente : il s'agit, dans l'extrême majorité des cas, d'ouvriers manipulant les sels de plomb : En 1re ligne la céruse ou sous-carbonate de plomb puis, la litharge ou protoxyde, le minium ou bioxyde, le chromate de plomb ou jaune de chrome, le sous-acétate de plomb ou extrait de saturne. Sur 1213 cas de colique saturnine relevés par Tanquerelle des Planches, 406 ont été observés chez les ouvriers des fabriques de céruse. De nos jours, l'industrie tend à utiliser de moins en moins la céruse ; aussi les cas d'intoxications semblent-ils se faire plus rares. Deléarde à ce propos signale la grande différence existant entre le nombre élevé de cas de coliques de plomb relevé dans la région du Nord chez les ouvriers travaillant dans les usines mal organisées et celui presque nul chez les ouvriers des usines installées conformément aux règles de l'hygiène.

La colique de plomb est, dans l'immense majorité des cas, le premier accident du saturnisme chronique : parfois, cependant, il a été précédé par d'autres symptômes telle que la paralysie des extenseurs.

Le début est brusque : c'est brutalement que le malade est pris d'une violente douleur abdominale, le plus souvent généralisée. Toutefois, l'ouvrier s'est en général, res-

senti de certains malaises, traduisant l'intoxication lente, et qui sont principalement d'ordre dyspeptique : aussi décrit-on des *prodromes* à la crise de colique saturnine : perte de l'appétit, sensation de pesanteur épigastrique principalement après les repas, éructations, nausées ;enfin des douleurs sourdes sont perçues par le malade et ses selles deviennent de plus en plus rares. Presque tous les saturnins sont atteints de constipation chronique. Grisolles et Tanquerel des Planches ont bien signalé la diarrhée comme étant parfois signe précurseur de l'attaque aiguë, mais ce n'en est pas moins là l'exception, ce fait anormal qu'il est toutefois bon de connaître de façon à éviter des erreurs de diagnostic toujours regrettables. Quoiqu'il en soit, l'on peut dire que déjà tout le tube gastro-intestinal est en état de souffrance, d'intoxication, lorsque éclate la colique saturnine proprement dite. C'est comme nous l'avons dit « à l'élément douleur que re-« vient la plus grande part dans ce tableau symptomatique» ; à elle s'adjoignent bientôt le vomissement et la constipation. D'où la constitution d'une véritable triade symptomatique — *le trépied saturnin*. La douleur acquiert le plus souvent et surtout dans le cas de première attaque une intensité considérable : *spontanée*, elle consiste en *crises paroxystiques* dans l'intervalle desquelles persiste une douleur sourde. L'habitus extérieur du saturnin ne différerait pas du sujet atteint de coliques hépatiques, néphrétiques ou appendiculaires, si ce n'étaient sa pâleur témoignant d'une anémie prononcée et surtout l'attitude qu'il prend dans son lit : couché sur le dos, il applique fortement les deux mains sur son ventre ou bien place

l'abdomen tourné contre le plan du lit. Cette douleur est spontanée avec des exacerbations entrecoupées d'intervalles plus ou moins éloignés. Son siège au début du moins est nettement généralisé et lorsqu'on les interroge les malades répondent presque invariablement : « Ça me fait mal dans tout le ventre ». Au contraire, au moment des paroxysmes, la douleur acquiert son maximum d'intensité en tel ou tel point de l'abdomen : tantôt c'est autour de l'ombilic, tantôt au niveau de la vésicule biliaire, tantôt au point de Mac Burney. On conçoit alors toute la difficulté que l'on pourrait éprouver à poser un diagnostic précis d'avec *ici une colique hépatique*, *là une appendicite*, là encore une ulcère gastrique si le plus souvent la seule notion de la profession du patient ne venait nous éclairer.

Intense, généralisée, *puis à paroxysmes localisés*, la douleur saturnine *irradie* en des directions souvent les mêmes ; c'est ainsi que le malade accuse fréquemment une douleur urétrale ou scrotale. Certains auteurs rapportent des cas de cystalgie, de rétention d'urine ; d'autres de la néphralgie. Dans des cas où l'élément douleur acquerrait une intensité énorme, Cornet signale une constriction du pénis avec rapetissement de ce dernier. Chez les femmes, il n'est pas rare de noter des irradiations douloureuses à l'utérus et au vagin. En dehors de ces irriadiations génito-urinaires, plus fréquentes sont les propagations intestinales ou para-intestinales : On cite le ténesme rectal, la gastralgie. Bernard relève une sensation d'oppression thoracique, de resserrement ou de barre siégeant soit au sternum soit à la base du thorax.

Grisolle et Tanquerelle avaient d'ailleurs déjà signalé des cas de forte douleur thoracique en ceinture. La douleur de la colique de plomb est donc dans son ensemble une douleur extrêmement violente ; toutefois il est bon de savoir que certains organismes réagissent d'une manière moins brutale et l'on cite des cas bien mal dénommés alors et bien rares de colique de plomb sans douleur. Enfin plus un sujet aura eu d'attaques de coliques de plomb, plus à la longue l'élément douleurs perd de son acuité et assez nombreux sont les ouvriers ne venant à l'hôpital que pour l'attaque sérieuse, alors qu'ils vous racontent en avoir eu de plus légères chez eux que, connaissant malheureusement trop bien, ils ont su et pu traiter eux-mêmes.

Les vomissements sont fréquents et on les donne comme l'un des symptômes capital de la triade. Tanquerel semble être rester au-dessous de la réalité lorsqu'il dit ne les avoir observés que 400 fois sur 1200 cas. Pour Bernard, ils ne font défaut que dans un quart des cas. Le plus souvent contemporaines de la douleur, ils surviennent précédés ou non de nausées. Ils sont alimentaires puis bilieux et enfin nettement porracés ; ce sont là les vomissements spontanés survenant en dehors de tout essai d'alimentation intempestive ; à côté d'eux existent les vomissements provoqués. Désireux de se débarrasser du goût d'amertume consécutif aux vomissements spontanés, le malade ingère des liquides et l'estomac intolérant rejette son contenu.

Enfin, le 3e symptôme de la colique de plomb, peut-être le plus important, *la constipation*, mérite de nous

arrêter. Son existence est la règle, son absence la rarissime exception. Elle précède souvent de plusieurs jours la douleur ou bien lui est contemporaine. Plus la colique est violente, plus la constipation est opiniâtre : Dans les cas extrêmes, le tableau de l'occlusion intestinale vraie est observé. Bernard rapporte une observation où le ventre est extrêmement ballonné, où existent les vomissements fécaloïdes et où s'il ne s'était agi d'un peintre en bâtiments, le diagnostic eût été délicat à poser (Observation XIV, Bernard). La grande majorité des auteurs s'accorde sur ce point : à une colique très violente correspond une constipation très opiniâtre ; et surtout tant *que dure la douleur, persistera également la constipation*. Dès que les coliques ont cessé ou même diminué, on pourra facilement triompher de la constipation par des lavements ou purgatifs plus ou moins anodins. Parfois même la seule disparition de la douleur entraîne, sans l'adjuvant d'aucune médication, le rétablissement de selles normales. *Il semble donc bien que douleur et constipation soient deux phénomènes fonctions l'un de l'autre* et nous verrons, dans un instant, que cette importante questions n'a pas encore reçu une solution définitive.

Les autres signes de la colique de plomb sont nombreux, mais variables dans leur apparition, leurs modalités, leur netteté et n'offrent à coup sûr pas l'intérêt des trois grands signes passés en revue précédemment.

L'examen méthodique permet de relever les symptômes suivants : l'habitus extérieur du malade traduit une anémie souvent assez marquée ;la face est pâle, témoi-

gnant d'une hypoglobulie considérable, les traits fatigués, la sclérotique parfois un peu jaune, le bord libre des gencives est le siège d'un liséré grisâtre ardoisé plus ou moins foncé, pouvant devenir complètement noir dans l'intoxication ancienne. C'est le liséré de Burton dû à la formation du sulfure noir de plomb. Sur la face interne des joues existent parfois de petites taches noirâtres légitimant la dénomination de *tatouage des joues* employée par Jübler. Les dents sont généralement en mauvais état, la région parotidienne plus ou moins enflammée. Ce fait est bien connu que les glandes salivaires et principalement la parotide servent de voies d'élimination aux poisons indroduits accidentellement ou non dans l'organisme.

Du côté de l'appareil circulatoire on a noté des modifications de la tension vasculaire. *Le pouls* est en général ralenti, tombant à 60,50 par minute. La tension est le plus souvent très augmentée et Stoll compare le pouls au cours de la colique de plomb à « *un fil de fer fortement tendu* » J. Tessier, au congrès français pour l'avancement des sciences en 1876, avait déjà décrit comme pathognomonique de la colique saturnine un tracé « caractérisé par une pulsation très longue, offrant une ligne ascensionnelle courte, légèrement inclinée et un sommet avec deux, quelquefois trois rebondissements ; une ligne de descente rectiligne sans accidents, termine la pulsation ». Borgen distingue au sujet de la pression sanguine trois périodes : 1° une période d'élévation de la pression sanguine qui souvent passe inaperçue et qui peut durer 12 heures ; 2° une période de pression haute avec exacer-

bation et rémission qui dure de 1 à 4 jours, quelquefois plus et coïncide avec les douleurs. Dans la 3e période, la chute de la pression coïncide avec la cessation des douleurs.

L'auscultation du cœur donne des bruits secs et vibrants surtout au niveau de l'aorte et Bernard a observé nettement dans deux cas, le souffle tricuspidien décrit par Potain et François Frank au cours des affections douloureuses abdominales dans un autre cas, un souffle systolique mitral passager.

La température fait le plus souvent défaut et Grisolle a pu dire que la colique saturnine était un syndrome apyrétique. Toutefois cette règle n'est pas générale, la fièvre peut s'allumer en même temps qu'apparaissent les premiers symptômes de la crise : il faut être prévenu à cet égard et ne pas déduire du fait d'une température allant jusqu'à 39, comme on en a rapporté des exemples que l'on ne se trouve pas en présence d'une colique de plomb.

L'urine est en général diminuée, surtout pendant les premiers jours : elle est foncée, très haute en couleurs au début puis, au moment de la diminution des phénomènes aigus, douleur, constipation, il se produit une sorte de décharge urinaire, véritable élimination des produits toxiques de l'organisme. Dans certains cas, l'albumine peut apparaître : mais le plus habituellement elle fait défaut, surtout si les malades en sont à leur première crise et si d'autres causes d'intoxication que le plomb n'ont pas agi sur le rein pour en altérer l'épithélium.

Dans le cours de la colique de plomb, surtout chez les

vieux intoxiqués, l'appareil respiratoire ne reste pas indemne : tantôt il s'agit d'accidents aigus, légitimant l'expression *d'asthme saturnin* employé par quelques auteurs : l'anxiété est extrême, les malades font des inspirations profondes, puis « la toux est pénible, revient par quintes, pendant lesquelles la face est pâle, couverte de sueurs, l'œil fixe, le pouls à peine sensible, la respiration courte ; l'expectoration est nulle ou consiste dans l'expulsion de crachats rares, muqueux et grisâtres. Pendant ces crises qui durent quelques instants pour recommencer après des repos de 10 à 15 minutes, l'auscultation ne révèle que des râles sonores, sifflant ; en un mot des râles de bronchite. La percussion est normale, l'accès est ordinairement accompagné d'un mucus nasal abondant qui contient toujours du plomb ». (Renault). Tantôt il s'agit de vieilles lésions de bronchite chronique s'observant surtout dans l'intoxication saturnine très ancienne. De ce rapide exposé symptomatique d'où il résulte en définitive que tous les appareils de l'économie peuvent être atteints, il n'en reste pas moins acquis que le syndrome colique de plomb est avant tout un syndrome à localisation abdominale : la triade symptomatique en fait foi : douleurs, vomissements, constipation. Il nous faut à présent étudier de plus près cette réaction abdominale, voir la participation des différents viscères, enfin « aborder le grand problème si intéressant, si complexe, « si irrésolu de savoir si dans ce petit drame de la coli- « que saturnine, le grand rôle est tenu par l'intestin ou au « contraire par la paroi abdominale ».

L'attitude du malade, avons-nous dit plus haut, est en

général caractéristique : torturé par une douleur abdominale généralisée avec redoublements paroxystiques, il se couche à plat ventre, appuyant souvent les poings sur l'abdomen ; car, comme le dit Grisolle dans son *Trait de pathologie interne* « un des caractères les plus remarquables de cette douleur est de se calmer par la pression ; mais, ajoute t-il, pour que cet effet soit produit à peu près sûrement, il faut que les muscles abdominaux soient mis dans un complet relâchement, que la pression s'exerce non pas par secousses et avec l'extrémité des doigts mais doucement et par degrés avec la paume de la main étendue à plat et en la laissant en place pendant quelques instants. En procédant de la sorte, conclut le grand clinicien, on soulage plus des 2/3 des malades ». Vient-on, au contraire, à promener la pulpe des doigts sur l'abdomen, l'on réveille chez la plupart des sujets une vive douleur témoignant *d'une hyperesthésie cutanée intense*. Les muscles abdominaux, spécialement les muscles droits sont très fréquemment le siège de vives douleurs lorsqu'on les prend de l'extrémité des doigts et qu'on les gratte ou qu'on les presse légèrement. Ce point curieux a été bien mis en évidence par *Bréguet*.

La *forme de l'abdomen* est, dans la très grande majorité des cas, caractéritique; il y a rétraction abdominale, la paroi abdominale intérieure semble comme appliquée, contre la colonne dorso-lombaire : dans des cas très marqués il se produit un véritable *avalement* du ventre. Tanquerel toutefois n'a constaté ce «*ventre en bateau*» que dans 50 pour 100 des cas et Grisolle écrit: « Les auteurs ont

signalé la rétraction de la paroi antérieure du ventre comme un caractère spécial de la colique saturnine, mais ce symptôme n'est pas constant. Stoll même avoue qu'il l'a rarement observé. Quelquefois même le ventre est plus gros et plus développé que de coutume ». Et depuis ces observations se sont multipliées dans lesquelles l'abdomen conservait sa forme normale ou même était météorisé « observation XIV et XV» : Il n'en reste pas moins acquis qu'en général: « les muscles de la paroi abdominale se contractent, se rétractent et créent une disposition plus ou moins accentuée de «Ventre en bateau ». Quand on veut palper la paroi abdominale, on est frappé de sa consistance ferme et rares sont les cas où l'abdomen souple se laisse parfaitement déprimer. Potain le premier a signalé la *rétraction du foie* au cours de la colique de plomb. La percussion dénote que le foie est remonté et que la hauteur de sa ligne de matité a diminué. Cette rétraction aurait pour cause « soit un défaut d'apport, soit une ischémie due à la contraction des vaisseaux hépatiques par suite de l'action du plomb sur les fibres musculaires lisses (Jaccoud) » Enfin la palpation de l'abdomen permettrait pour certains auteurs l'exploration de la masse intestinale ; on noterait un aplatissement de l'intestin complètement revenu sur lui-même. Bernard relève des observations où l'on percevait un boudin cæcal d'une grande netteté, formé par le cæcum bourré de matière. Ces constatations doivent être bien exceptionnelles car, dans une première attaque de colique de plomb franche aiguë, la consistance de la paroi abdominale interdit toute exploration. Il résulte de ce

rapide exposé des signes tirés de l'examen de l'abdomen, que l'accord n'est pas encore fait entre les divers auteurs « et nous en arrivons à ce point délicat autour duquel «bataillent nombre de cliniciens réputés : la colique sa- «turnine est-elle une affection intestinale, une névralgie, «un spasme de l'intestin en un mot, une véritable colique; « ou bien est-elle sous la dépendance d'une myosalgie « abdominale ?»

DE LA MYOSALGIE

La première mention de la myosalgie est faite par Giacomini de Padoue (1839). Puis Briquet reprend la question Pathogénie de la colique de plomb (*Arch. de méd. 1858*) et insiste tout particulièrement sur le rôle important de la paroi. Mais c'est surtout l'Ecole de Lille avec Wamebroucq, Vilette, Hermand, Deléarde qui a dirigé cette pathogénie de la myosalgie en une sorte de loi et lui a adjoint la dermalgie. Pour ces derniers auteurs, les douleurs abdominales des saturnins ne sont pas des coliques : elles sont sous la dépendance de la myosalgie et de la dermalgie. Contre cette théorie déjà ancienne, on le voit de par les noms de Giacomini, Bréguet — mais rajeunie et renforcée par l'école de Lille — s'élèvent les protestations d'auteurs aussi célèbres que Gilles, Vulpian et dans une thèse récente, 1901 Bernard pense « que la dermalgie et la myosalgie ne sont que des localisations de la douleur *au cours de la colique*, absolument comparables à la cystalgie, la néphralgie et autres propagations douloureuses plus ou moins fréquentes au cours de la crise». « Notre maître, M. Claisse, médecin de la Pitié, a eu « à plusieurs reprises l'occasion de contrôler les théo- « ries modernes en appliquant un traitement rationnel, « adéquat à ces théories »; ayant tiré bénéfice de ce traitement, il est conduit à en conclure au bien fondé de

l'interprétation pathogénique de la colique de plomb par les auteurs lillois.

L'absorption du plomb se faisant dans la plupart des cas par les voies digestives, beaucoup d'auteurs anciens et certains plus modernes considèrent les douleurs abdominales des saturnins comme une véritable colique. Tanquerel des Planches écrit : « la colique de plomb est une névralgie des organes digestifs et urinaires, produite par l'introduction et l'absorption du plomb à l'état moléculaire dans l'économie ». Renard pense : « que les causes prochaines de la colique de plomb sont vraisemblablement d'une part la présence d'une réserve de ce métal sur les tuniques musculaires, aucunement sensibles des parois intestinales et des artères de l'intestin ; d'autre part, l'existence des lésions nerveuses. Elle paraît s'accompagner de phénomènes spasmodiques du côté des fibres musculaires de l'intestin et de la rétraction du foie ». Bernard, tout près de nous, tire grand argument d'observations où la rétraction de l'abdomen faisait défaut et où cependant existaient douleur et constipation pour faire jouer exclusivement le grand rôle à l'intestin. Sur les cobayes chez lesquels il provoqua des coliques de plomb, il constata à leur autopsie des réactions différentes des muscles lisses de l'intestin : « sans que nous en connaissions la raison, dit-il, ces muscles lisses sont tantôt contracturés, tantôt parésiés ; tantôt encore ils présentent des alternatives de contracture et de dilatation. A leur contracture prédominante correspondent vraisemblablement les formes à abdomen rétracté ; à leur parésie dominante, les formes à abdomen ballonné ».

En face de ces partisans de la lésion intestinale prédominante, nombreux sont ceux qui tout en admettant la grande part qui revient aux muscles lisses de l'intestin, ne laissent pas aussi dans l'ombre le rôle de la dermalgie et de la myosalgie. *Bréguet* pense que les coliques sont dues à la douleur des muscles de la paroi abdominale en raison du caractère et du siège des douleurs chez les saturuins. Trop affirmatif même, pensons-nous, il écrit : « la douleur de la colique de plomb n'a son siège dans aucune des parties du tube digestif, elle réside dans les muscles des parois qui forment l'enceinte abdominale ». Mais peut-être en raison même de l'exclusionnisme et de la hardiesse de cette théorie, celle-ci resta longtemps dans l'ombre. *Grisolle* écrit en 1875 : « Aujourd'hui, tout le monde est à peu près d'accord pour regarder la colique saturnine comme une névrose douloureuse des nerfs intestinaux ». *Jaccoud* n'attache qu'une importance très minime à l'hyperesthésie cutanée. C'est le grand mérite de l'Ecole de Lille, du professeur Wannebroucq et de ses élèves, d'avoir bien spécifié le rôle important que joue la paroi dans ce syndrome. Pour ces différents auteurs, *il n'y à point à proprement parler de colique saturnine* : les douleurs que l'on a désignées sous ce nom sont purement des douleurs de la paroi abdominale et les viscères n'y sont pas intéressés. Hermand rapporte trois observations bien nettes, (Obs. IV, V et VI, où l'hyperesthésie cutanée existait sans myosalgie abdominale et offrant tous les signes de la plus violente colique saturnine : douleur extrême, vomissements, constipation. Aussi Hermand va-t-il jusqu'à dire : « hyperesthésie cutanée (dermalgie)

et myosalgie voilà les deux termes essentiels de la colique de plomb. Il rechercha systématiquement la dermalgie, toujours la dépista et cela *non point seulement au niveau de la paroi abdominale*, mais sur toute l'étendue du corps : pour la déceler, il faut frôler bien plus que toucher l'épiderme; prenez un fin blaireau et promenez très légèrement l'extrémité des poils sur la peau du patient, immédiatement vous le verrez trahir une souffrance le plus souvent très vive, en tout cas fortement en disproportion avec l'excitation. Les partisans de la seule myosalgie pensent qu'en agissant de la sorte, ce n'est pas l'épiderme qui répond mais le muscle sous-jacent. Or Vilette a toujours décelé la dermalgie en des points comme le pubis, l'appendice xyphoïde, les cartilages costaux. Et il conclut : « quand on explore la peau d'une hystérique on n'hésite pas à dire, hyperesthésie cutanée si la malade souffre de la peau ; pourquoi ne pas conclure de même chez le saturnin ».

La *myosalgie* est depuis longtemps démontrée et acceptée ; il est classique de prendre entre ses deux doigts l'un des grands Droits et de déterminer par son pincement une violente douleur qui arrachera des cris au malade. Mais plus difficile à prouver est l'intégrité des viscères abdominaux vis-à-vis de la douleur. Hermand nous paraît exagérer lorsqu'il écrit que les obliques ou les transverses n'étant pas atteints de myosalgie, l'on peut déprimer avec la plus grande facilité la paroi abdominale et « fouiller la cavité abdominale ». En tout cas, ce qui a été de tout temps expérimenté est que lorsqu'on est arrivé à vaincre la résistance douloureuse de la paroi,

la myosalgie, on peut palper profondément, peser en quelque sorte d'une façon forte et contenue sur le paquet intestinal sans provoquer la moindre douleur : « bien plus, on soulage le malade » et lui-même instinctivement recherche à déprimer la paroi abdominale, soit en se couchant à plat ventre, soit en y appliquant vigoureusement ses poings. Partis dans une si belle voie, mais peut-être un peu trop absolue, « l'école lilloise voulut tout expliquer avec ses 2 symptômes cardinaux la dermalgie et la myosalgie » : les vomissements ne sont plus dus à l'existence d'un catarrhe gastrique : ce ne sont plus qu'actes réflexes sous la dépendance de la dermo-myosalgie. Par suite de sa douleur abdominale, écrit Hermand, le malade immobilise instinctivement toute la partie douloureuse ; les muscles abdominaux, le diaphragme lui-même se contracturent pour empêcher les mouvements respiratoires de se transmettre à l'abdomen. Or, la physiologie nous démontre que dans l'acte du vomissement, le rôle des parois de l'estomac est de peu d'importance. L'estomac vide son contenu par la contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale : c'est ce que produit l'hyperesthésie cutanée ».

La constipation, symptôme si important et que se préoccupe d'emblée de combattre le médecin va trouver son explication pathogénique également dans cette théorie dermalgie-myosalgie : Dans la théorie intestinale la constipation serait due à une contraction spasmodique de l'intestin : or Bernard qui a fait de nombreuses expériences sur des cobayes et pratiqué quelques autopsies de saturnins, nous représente le *paquet intestinal passé*

sur lui-même, *aplati* avec des rétrécissements très marqués du gros intestin. Chez la plupart de ses cobayes morts après une ou plusieurs crises de colique de plomb, il a de même retrouvé des coudures et des resserrements de l'intestin. Dans ces conditions et devant ces lésions ne semble-t-il pas qu'il soit osé de laisser complètement de côté l'élément myosalgie ?

Le ventre est rétracté dans la majorité des cas, les muscles raidis, contracturés immobilisent tous les organes qu'ils recouvrent : *ils emprisonnent*, *compriment*, *paralysent l'intestin*. arrivent à en faire un corps inerte, un tube rigide, incapable d'évacuer son contenu. La myosalgie abdominale a non seulement pour effet de déterminer l'attitude spéciale du malade et l'aspect spécial du ventre rétracté, creusé, immobile, *mais encore c'est à cause d'elle que le malade évite tout mouvement*, craint la toux, le hoquet, un effort quelconque. La physiologie de la défécation ne nous renseigne-t-elle pas sur le rôle de la paroi abdominale dans la défécation ?

« Sans contraction de la paroi, la défécation est difficile » et cela, comme nous l'enseigne notre maître M. Claisse, quelle que soit la cause du défaut de contraction, qu'il s'agisse d'atrophie musculaire, comme on peut le constater chez tant de constipés à parois flasques, ou de myalgie de toute nature, intéressant les muscles abdominaux. « L'intestin ne peut se vider que s'il est malaxé et comprimé par le diaphragme sur les parois d'une rigidité permanente » (bassin, colonne vertébrale), ou temporaire (muscles abdominaux en contraction) Si ces derniers ont perdu par atrophie la possibilité de se contracter, la

contraction du diaphragme devient inutile puisque l'intestin fuit devant lui. mal soutenu par une sangle trop souple. Si les muscles abdominaux, tout en conservant leur force, ne peuvent la mettre en jeu sans souffrance, la contraction du diaphragme sera efficace, mais redoutée du malade qui l'évitera de son mieux.

Dans ces deux cas l'intestin ne se vide pas ; la constipation est créée mais par un mécanisme bien différent ; dans le premier cas, le sujet exerce des efforts, mais des efforts inutiles sans effet ; *dans le deuxième cas, il craint l'effort et l'évite*. Ces deux procédés de constipation peuvent à diverses périodes se réaliser chez les saturnins. On peut voir chez des sujets anciennement intoxiqués de l'atonie pariétale avec constipation habituelle ; dans la crise aiguë de colique saturnine, la constipation est due à l'autre procédé, à la myalgie qui rend tout effort douloureux.

L'explication de cette myosalgie est assez délicate. « S'agit-il d'une détermination toxique à localisation précise comme celle de la paralysie des extenseurs ? » M. Claisse ne le pense pas ; il est difficile d'admettre l'action directe du plomb sur la paroi abdominale ; les troubles pariétaux sont évidemment consécutifs à une atteinte intestinale : « et c'est sur ce point que nous nous séparons de l'exclusivisme de certains auteurs lillois » qui dénient toute action des muscles lisses de l'intestin « Il en est pour M. Claisse de la constipation des saturnins comme de certains épisodes spasmodiques d'entéro-colite mucomembraneuse : la réaction de défense rappelle celle de l'appendicite qui n'en diffère que par sa localisation systématique. Paroi et et intestin sont en souffrance » simul-

tanée : la paroi subit les conséquences des désordres produits dans l'intestin par le plomb. Nous pourrions citer de nombreux « actes réflexes de ce genre, dans lesquels le muscle souffre ou dégénères par suite d'une lésion de voisinage » intéressant la région dont il assure le fonctionnement. Dans les arthropathies du genou, le quatriceps fémoral s'atrophie avec une rapidité surprenante. On sait aussi avec quelle violence toute la masse lombaire subit la réaction douloureuse d'atteintes articulaires même minimes. Duplay et Cagiès ont bien mis en évidence par de nombreuses expériences, les connexions pathologiques existant entre les séreuses articulaires et les muscles : on retrouve la même solidarité morbide entre les séreuses splanchniques et les muscles voisins, entre les muscles intercostaux et la plèvre, entre le péritoine et les muscles abdominaux.

De tout cela la conclusion s'impose : puisque nous admettons que dans le syndrome de la colique de plomb la paroi joue le rôle important sinon exclusif comme le veut l'Ecole de Lille, il est logique d'en déduire un traitement judicieux.

Traitement : Tant qu'on attribue le même siège à la douleur et à l'atonie, tant que l'on considère la colique de plomb comme un amalgame de névralgie de l'intestin avec atonie, parésie des parois musculaires de l'abdomen, on devait avoir en vue deux choses : en premier lieu évacuer le contenu de l'intestin, ensuite calmer les douleurs. Et c'est ainsi qu'on administre opium et purgatifs. Le malheur est que ces deux prescriptions sont contradictoires : les purgatifs réveillent la douleur et les calmants

paralysent l'intestin. Cette difficulté a de tout temps frappé les auteurs et on a essayé de la tourner par diverses combinaisons hybrides, de calmants et de purgatifs telles que le traitement célèbre de La Charité, dans lequel l'opium est associé au jalap. Dans la théorie, on admet que l'intestin est frappé d'atonie parce que la paroi est en souffrance. Dans la théorie de la constipation, fonction de la dermo-myosalgie, nous serons plus à l'aise pour prescrire une médication active : « Nous aurons en vue avant tout de calmer les douleurs de la paroi, car tant qu'elles persisteront l'effort de défécation sera horriblement pénible ou même impossible. » Pour ce faire, nombreux sont les moyens préconisés. Wannebroucq et ses élèves Willette et Hermand se félicitent de l'emploi de la *teinture d'iode :* avec un pinceau très fin trempé dans la teinture d'iode, ils badigeonnent la paroi abdominale, principalement au niveau des grands Droits. Le malade accuse dès l'abord une assez vive douleur causée par le frôlement du pinceau. Mais les bons effets ne tardent pas à se montrer et dans presque toutes les observations empruntées à tous ces auteurs, nous pouvons apprécier les bienfaits de cette méthode si simple, à la portée de tous les praticiens. D'autres procédés sont également à conseiller, entre autres les applications de compresses très chaudes ou de vessies de glace. Leurs effets sont excellents pour obtenir la sédation de la douleur ; dans une observation de Bernard, (Observation XVII) que nous rapportons et où la myosalgie était assez marquée à l'insertion inférieure des grands Droits : l'application de glace sur le ventre associée à la belladone, a pour résultat de faire diminuer notablement les douleurs dès le lendemain.

Puis le surlendemain disparition complète des coliques et, signe important : *émission spontanée* de selles abondantes Nous verrons dans un instant tout le prix qu'il nous paraît falloir attacher à ce dernier fait. *M. Deléarde* a préconisé voici déjà quelques années *l'injection sous la peau du ventre de sérum artificiel* en assez grande quantité pour agir directement sur les filets nerveux. Bientôt il préfère à cette méthode *l'injection épidurale de cocaïne ou stovaïne* (2 centigrammes dans 3 gr. d'eau) qui produit une rapide sédation de la douleur, et permet l'évacuation intestinale très facile par purgation, lavement purgatif, souvent même spontanément. Lorsqu'on étudie les méthodes de traitement préconisées par les partisans de l'algie primitive et essentielle de l'intestin, l'on est frappé par la hâte, l'énergie avec laquelle ils administrent purgations et lavements. Certains médecins ont bien recours au miel soufré qui facilite l'élimination sous forme de sulfure.

Mais rapidement, d'emblée même, on voit prescrire des purgatifs énergiques tels que l'eau-de-vie allemande, l'huile de croton. Sans vouloir discuter les heureux résultats obtenus par ces médicaments, « il est un fait qui nous a frappé en lisant un nombre d'observations recueillies avec soin dans la thèse de Bernard » nous voulons parler de la « fréquence de l'appendicite chez les saturnins ou seulement de la difficulté de diagnostic entre la colique saturnine et la colique appendiculaire » (la douleur de la colique de plomb est généralisée, mais il en est souvent de même dans l'appendicite aiguë tout au moins ; dans la colique de plomb, la douleur se localise souvent tout autour de la région ombilicale : de

même dans l'appendicite, et à ce sujet nous nous rappelons avoir assisté dans un service d'enfants à l'éclosion d'accidents appendiculaires caractérisés d'abord par une douleur très vive dans la zone ombilicale puis le petit malade promenant sa main sur l'abdomen, indiquait que « la douleur tombait de l'ombilic dans la fosse iliaque droite ». Bien plus, la douleur de la fosse iliaque droite nous la retrouvons dans la colique de plomb ; Bernard cite des cas où elle n'existe même qu'en cet endroit.

On comprend dès lors l'extrême difficulté qu'il peut y avoir à poser un diagnostic ferme, surtout quand il s'agit d'une première crise chez un « jeune intoxiqué », ou bien lorsque l'on se trouve en présence d'un malade non saturnin de profession.

C'est ce danger, c'est cette méprise possible qui nous fait crier gare pour l'administration de purgatifs énergiques : administrer à un adulte, *encore plus peut-être à un enfant* dont l'intestin est si fragile, un purgatif aussi violent que l'huile de croton, c'est tout simplement aller au-devant de la perforation appendiculaire et condamner son malade. Aussi sommes-nous partisans aux premières heures du traitement, de l'emploi des sédatifs de la douleur, que nous venons de signaler : compresses laudanisées, glace sur le ventre : procédés employés aussi bien dans le traitement de l'appendicite que dans celui du saturnisme. Si, comme nous tendons à l'admettre avec nombre d'auteurs, la constipation résulte principalement de la myosalgie, une médication simplement analgésique devra avoir raison de la constipation. C'est pourquoi il nous a semblé « qu'il serait rationnel de tirer une indication

thérapeutique de ce fait qu'en comprimant la paroi abdominale, on obtient une sédation souvent très marquée de la douleur. Dans les cas bénins on peut se borner à soutenir la paroi abdominale de façon à rendre inutile sa contraction lors de l'effort et cela par une ceinture fortement serrée sous laquelle on tassera jusqu'à refus des tampons d'ouate ». Dans les observations de coliques de plomb que nous avons recueillies dans le service de M Claisse à la Pitié (observations I, II, III), cette compression abdominale a non seulement calmé les douleurs *mais aussi amené l'évacuation intestinale*. M. Claisse pense même que faute de ceinture on pourra facilement improviser « un appareil plâtré abdominal dont la rigidité fournira un meilleur point d'appui aux efforts d'expulsion ». Donc, pour nous, « la compression abdominale » est un mode de thérapeutique logiquement déduit de ce fait constaté si fréquemment de la diminution et même la cessation de la douleur par la palpation profonde de l'abdomen : il a donné des résultats satisfaisants dans nos trois observations, mais à cette manière de comprendre l'on pourra objecter ceci : si l'intestin ne joue aucun rôle dans la constipation, pourquoi donner un purgatif lorsque vous voulez rétablir le cours des matières fécales ? Ainsi que le répondent les auteurs lillois, nous estimons que le purgatif est surtout utile en ce qu'il favorise la disparition de l'hypéresthésie cutanée, de la dermalgie et la myosalgie : il aide à vaincre la constipation, ne la vainct pas ; en déterminant l'hypersécrétion intestinale, il rend aptes à cheminer au dehors les matières fécales emprisonnées dans l'intestin par la forte contracture de

la paroi abdominale. Aussi sommes-nous partisans de l'administration des purgatifs, mais de purgatifs légers : d'après nous, l'on ne doit en faire emploi que lorsque le diagnostic de colique de plomb est nettement formulé, qu'aucune hésitation avec l'appendicite par exemple n'est possible. Souvent ils seront inutiles dans les cas bénins : par la compression abdominale on pourra arriver à calmer la douleur et à faciliter l'effort : « en un mot, on n'aura plus besoin de recourir à ces purgatifs violents dont l'action impérieuse semblait indispensable avec l'ancienne théorie ». Si d'après l'importance des symptômes on juge les purgatifs utiles, on se contentera des méthodes plus douces, respectant la muqueuse intestinale irritée, de petites doses de sulfate de soude, d'huile de ricin ou simplement d'huile d'olive (Weill). Parmi les produits recommandables et déjà anciennement connus, nous citerons le miel soufré : à la dose de trois ou quatre grandes cuillerées par jour, il a le double avantage d'être laxatif et de favoriser l'élimination du plomb sous forme de sulfure. Son action, trop douce pour le début d'une crise aiguë est souvent suffisante si la dermalgie et la myosalgie abdominale sont apaisées par les procédés que nous recommandons : applications de compresses chaudes laudanisées ou de vessies de glace, enfin la contention de la paroi abdominale.

Observation I

(Personnelle. Recueillie dans le service de M. Claisse)

Bachmann François, 65 ans, peintre en bâtiments.

Pas de maladies graves. On note seulement deux attaques de coliques de plomb.

Première crise en 1882. — Le malade est soigné à domicile (Lavements de séné, bains de Barèges, huile de ricin).

Le malade n'a pu reprendre son travail *qu'après 3 semaines*.

2e crise en 1907. — Le malade est soigné à Boucicaut chez M. Letulle. On donne au malade deux purgatifs (huile de ricin.

Guérison après 8 jours.

3e crise 27 *mai* 1908. — Le malade *prend chez lui* du miel soufré : selle douloureuse le lendemain matin, vomissements bilieux, porracés.

Entre à l'hôpital le 27, après avoir souffert toute la nuit précédente.

A l'examen on trouve un liséré de Burton très net.

La palpation abdominale profonde n'est pas absolument douloureuse. *Hyperesthésie cutanée et contracture musculaire*.

Compression abdominale très énergique avec une bande de flanelle amène cessation de la douleur, puis l'administration d'un lavement froid est presque immédiatement suivi d'une selle un peu douloureuse.

Le lendemain, lavement purgatif à l'huile d'olive. 2 injections de sérum de 100 gr. dans chaque flanc. A partir de ce

jour, le malade a une selle régulière chaque jour sans douleur. Après 5 jours il peut quitter le service.

Observation II

Personnelle. Recueillie dans le service de M. Claisse.

Dupriez, 42 ans, plombier. Travaille depuis le 12 novembre dans une usine de produits chimiques d'Ivry.

Pas de maladies antérieures.

Le 17 mars, subitement coliques abdominales très vives. Le malade entre à la Pitié (chez le Dr Claisse) le même jour.

A l'examen on trouve le liséré de Burton et un très mauvais état dentaire avec gingivite expulsive.

Hypéresthésie et contraction douloureuse de la paroi abdominale très accentuées, constipation opiniâtre depuis 3 jours, on se contente d'appliquer le soir quelques cataplasme laudanisés :

Le lendemain matin, lavement d'huile (100 gr.), onction de salicylate de méthyle.

Dans la soirée, une selle très douloureuse. C'est alors qu'on essaie la compression abdominale extrêmement forte avec un bandage de flanelle. Puis on donne avant le repas du soir 15 gr. de miel soufré.

Le lendemain, la douleur abdominale est beaucoup moins intense et les selles abondantes ne sont plus douloureuses, on donne un bain sulfureux.

Le même traitement est suivi pendant quelques jours. L'amélioration est très grande. La palpation abdominale n'est plus douloureuse et chaque matin, selle régulière.

Le malade quitte la salle le 23, guéri.

Observation III

Personnelle. Recueillie dans le service de M. Claisse.

Le nommé M..., 28 ans, peintre en bâtiments, entre le 15 février 1907, pour douleurs abdominales généralisées : il raconte avoir ressenti les mêmes symptômes il y a un an. Il a eu la syphilis en 1904. Liséré de Burton manifeste. Dents déchaussées et en fort mauvais état. Abdomen météorisé, douloureux à la pression: principalement tout autour de l'ombilic, hypéresthésie cutanée.

La constipation absolue dure depuis 4 jours. Pouls tendu, dur et lent, pas de température. Le diagnostic de colique de plomb est posé avec la plus grande facilité : administration d'un lavement d'huile d'olive sans résultat aucun.

1 purgatif à l'eau-de-vie allemande donne quelques cyballes émises au prix de fortes douleurs, on se décide alors à placer un bandage de corps en flanelle extrêmement serré sans administrer aucune médication purgative. Quelques heures après son application le malade se sent soulagé et va à la selle spontanément.

Observation IV.

Hyperesthésie cutanée pure.

Le nommé H. Albert, 27 ans, cérusier, entré le 26 septembre 1893, Salle St-Louis, n° 24.

Il n'a jamais travaillé à la céruse, mais faute d'autre occupation, il y travaille depuis 10 semaines et est employé com-

me batteur. Interrogé s'il boit du genièvre, il répond négativement, seulement un petit verre d'eau-de-vie tous les 3 ou 4 jours; d'ailleurs il ne paraît pas alcoolique.

Il y a environ 3 semaines que le malade a ressenti les premières attaques de son mal qui se manifestèrent par des douleurs dans l'abdomen, il y a 8 jours il a eu de grands vomissements qui se répétèrent il y a 2 jours.

Aujourd'hui, jour de son entrée à l'hôpital, il a été à la selle après avoir été constipé pendant 5 jours. La peau du malade est décolorée, les conjonctives sont à peine subictériques. Les coliques sont continues avec exacerbation. Au niveau du cœur il y a des douleurs très fortes. On trouve de l'hyperesthésie cutanée autour du mamelon gauche et sur tout l'abdomen, principalement au pubis.

Pas de douleurs dans les jambes; urines abondantes. Les dents sont belles et le liséré peu marqué; la langue un peu saburrale. On constate que les radiales sont légèrement athéromateuses. Le pouls est à 60, pression 24. Si on ausculte le cœur, on entend un léger souffle au premier temps à la pointe en même temps qu'un retentissement énorme au 2e temps à l'aorte.

Le malade a de la céphalalgie et de l'hyperesthésie cutanée dans la moitié gauche du front.

Depuis 5,6 jours, il a de fréquentes épistaxis à droite.

Le foie s'étend depuis la ligne mamelonnaire de la sixième côte au rebord pseudo-costal ; hauteur 10 centimètres.

27 novembre. — Hier soir application de rigollots; aussi on trouve une exagération de la douleur qui force à faire une injection de morphine.

28. — Le matin on constate une hyperesthésie cutanée du bas-ventre et un peu de myosalgie à la partie supérieure des droits.

Application de teinture d'iode, les douleurs spontanées sont diminuées ; l'hyperesthésie a disparu. Pupilles normales.

Urine: un vase plein.

2 décembre.— Le malade sort guéri.

Observation V

Hyperesthésie cutanée.— Intoxication saturnine.— Hyperesthésie cutanée simulant une colique saturnine

D. Alphonsine, 24 ans, entre le 30 septembre 1850, dans le service de M. le Professeur Wannebroucq.

Cet individu a commencé à travailler pour la 1re fois au blanc de céruse, il y a environ 8 semaines ; durant 7 semaines, rien d'anormal, mais il y a 8 jours il fut pris de violentes coliques avec céphalalgie, vomissements et constipation.

Le jour de son entrée à l'hôpital, il se plaint de vives douleurs siégeant dans la région des muscles grands droits de l'abdomen. Ces douleurs qui, par elles-mêmes font souffrir beaucoup le malade, sont exaspérées quand on vient à toucher même légèrement la peau de la région antérieure et médiane de l'abdomen. Cette hyperesthésie, quoique généralisée à toute la surface des muscles précités est à son summun à la région ombilicale ; par contre, le froid est moins bien perçu sur la région des mêmes muscles que sur les autres parties du corps ; bien plus. la pression large, énergique ne produit pas de douleurs très vives, ni analogues à celle qu'occasionne un simple grattage avec l'ongle.

Dans les autres parties du corps rien d'analogue pour la sensibilité cutanée, pas d'anesthésie, les muscles adduc-

teurs de la cuisse sont douloureux. Aucun autre muscle n'est atteint; pas d'atrophie, céphalalgie sans vomissements, aucun trouble de l'intelligence.

1er Octobre. — La faradisation au pinceau n'a pas calmé les douleurs qui avaient été attribuées aux muscles. Ayant reconnu l'hypéresthésie cutanée qui existait sans myosalgie des muscles droits de l'abdomen, M. le Prof. Waunebroucq fait appliquer une couche épaisse de teinture d'iode et fait une injection de morphine.

2 Octobre. — Amélioration considérable, Selles. Teinture d'iode.

3 Octobre. — Le malade est guéri et sort quelques jours après.

Observation VI

Hyperesthésie de la paroi abdominale d'origine saturnine simulant une colique classique.

Entré le 1er octobre 1878, le nommé C. Louis, âgé de 27 ans, cérusier : ce malade était déjà venu le 24 mai dernier se faire soigner pour des coliques saturnines ; il travaillait depuis 6 mois dans une fabrique de céruse. A cette époque, il ressentit des douleurs fort vives sur tout le trajet des droits de l'abdomen. La pression exercée sur les muscles biceps était douloureuse.

Après quelques séances de faradisation, le malade sortait guéri.

Dans les derniers jours de juillet ne trouvant plus d'ouvrage, il rentre dans la même fabrique, et deux semaines après il commençait à éprouver chaque jour une céphalalgie

violente. Cet état dura jusqu'à la fin du mois de septembre ; il raconte qu'il avait alors des douleurs abdominales tantôt sourdes tantôt très aigues.

Le jour de son entrée ont cru à la myosalgie ordinaire des muscles droits en raison des plaintes vives du malade et de la localisation de la maladie à ces muscles, en raison de la constipation, des vomissements, etc. La faradisation faite le matin, accroît la douleur, au point que le malade tombe en syncope.

Une injection morphinée le soir, calme momentanément cette atroce douleur.

2 octobre. — L'aggravation insolite fait examiner le malade de plus près et on constate une hyperesthésie cutanée des plus prononcés. Cette hyperesthésie siégeait sur toute la longueur des muscles droits. La moindre pression de la main sur la peau, le frôlement seul, le pincement léger déterminaient une atroce douleur. Appliquée à droite et à gauche, à quelques centimètres du bord externe de ces muscles, la main ne produisait plus aucune sensation.

La zone d'hyperesthésie était donc parfaitement limitée à toute la longueur et à toute la largeur des muscles droits depuis appendice xyphoïde jusqu'au pubis .

Quant à la pression large faite avec le plat de la main, elle était de beaucoup moins douloureuse.

On ne constatait rien de semblable sur aucune autre partie du corps, les muscles adducteurs, biceps brachial n'étaient pas douloureux. Rien aux muscles pectoraux.

4. — Badigeonnage à la teinture d'iode sur toute la partie douloureuse : le pinceau imbibé de cette teinture, même passé très légèrement, détermine de fortes souffrances.

Le simple attouchement des poils du pubis fait presque convulsionner le malade.

5. — Un peu de diminution dans la douleur. Nouvelle couche d'iode.

6. — Le malade se plaint beaucoup moins quand on passe légèrement les doigts sur la zone d'hyperesthésie. Le malade qui était constipé, a eu une selle hier.

7. — L'hyperesthésie cutanée étant moindre, les selles abondantes, le malade se sent suffisamment guéri et sort.

Observation VII

Colique saturnine d'intensité moderne — Hyperesthesie cutanée

S. Jean, 32 ans, cerusier, entre le 29 juin 1893, dans la salle St-Louis, n° 11, pour des douleurs abdominales.

Cet homme a d'abord travaillé à la céruse; il y a 4 ou 5 ans, pendant 3 semaines, sans avoir de colique ; il boit tous les matins un grand verre de genièvre.

Au commencement d'avril, il recommence à travailler à la céruse et depuis cette époque ne s'est reposé que deux fois 8 jours, il a été employé alternativement aux couches à la meule, à l'entretien de la maison. Au moment où il a été pris de coliques, il travaillait aux meules ; c'est un homme de bonne constitution et d'une force moyenne.

Les artères radiales sont légèrement athéromateuses, lorsqu'il écarte les doigts, la main étant étendue, il a un léger. tremblement.

La peau du corps est d'une pâleur caractéristique, la face a une teinte jaunâtre presque subictérique.

Le malade éprouvait déjà des coliques depuis 12 jours quand il s'est décidé à entrer à l'hôpital ; il est vrai de dire

que dès le début, les coliques étaient très légères et ne l'empêchaient pas de travailler.

Mais le 28 juin il est obligé de cesser tout travail à cause des violentes douleurs qu'il éprouve dans le ventre et dans les reins.

A son entrée, le malade nous dit ne pas avoir été à la selle depuis le 25.

Actuellement il se plaint de douleurs spontanées légères dans le ventre, très fortes sur les côtés, dans les flancs et au niveau des reins.

Si l'on passe doucement les mains sur la peau du ventre, immédiatement la physionomie du malade nous indique qu'il souffre, mais si au lieu de frotter simplement la peau à ce niveau on la pince, le malade accuse des douleurs très vives.

Il a en même temps une sensibilité exquise et de la douleur au plus léger tiraillement des poils du pubis.

Le malade présente un peu de myosalgie du côté des adducteurs de la cuisse.

L'insertion supérieure du muscle droit du côté droit est douloureuse à la pression, il en est de même de l'attache inférieure des 2 droits ; la douleur est moins forte sur le reste de l'abdomen.

Pas de douleur à l'insertion supérieure du droit du côté gauche.

Myosalgie du côté des muscles de la masse lombaire. Le malade est constipé ; il présente le liséré saturnin au niveau des dents supérieures seulement. Rien aux gencives inférieures, rien non plus à la partie postérieure des dents.

Ce liséré est d'ailleurs peu marqué.

Si nous disons au malade de faire une forte expiration, on sent une forte odeur métallique de l'haleine ; il n'a pas eu de vomissements.

Foie : du niveau de la ligne mamelonnaire, la limite supérieure se trouve à la hauteur du 5e espace intercostal droit, la limite inférieure au niveau des fausses côtes, la hauteur de la matité est de 10 centimètres.

Le pouls fort et dur est assez lent. (48 puls. à la minute).

A l'auscultation du cœur, il y a un souffle de pointe très léger, ne s'entendant pas à toutes les révolutions cardiaques.

Le claquement signoïde de l'orifice aortique est très net, beaucoup plus marqué qu'à l'état normal.

Le malade n'a pas d'appétit (hier, 29 n'a bu que du lait et mangé un peu de pain).

Teinture d'iode sur l'abdomen, rigollots sur les reins.

Urines : quantité 1250 grammes. Urines claires.

1er juillet. — A pris 1 litre 1/2 lait. Purgatif sans effet. Douleurs lombaires disparues. Il reste de la douleur à la pression au niveau de l'insertion inférieure des droits. Plus d'hypéresthésie cutanée. Douleurs abdominales spontanées très diminuées.

2 juillet. — Il n'a pris que du lait jusque maintenant, viande matin et soir. Amélioration considérable.

3 juillet. — Purgatif sans effet, puis magnésie ; cinq selles dans la journée. Plus de douleurs spontanées. Directement au-dessus du pubis on trouve encore une légère douleur à la pression.

Les 4, 5, 6, 7 juillet. — Plus de constipation, l'appétit est revenu, les douleurs sont complètement disparues, il reste encore un liséré très peu marqué en haut.

8 juillet. — Le malade sort guéri.

Observation VIII

Hyperesthésie cutanée très vive

Gabriel N... âgé de 35 ans, exerçant la profession de cérusier, entre Salle Saint-Louis pour des douleurs de ventre.

Cet homme travaille à la céruse depuis 7 semaines et est malade pour la première fois, il n'avait jamais travaillé la céruse auparavant.

Employé pendant 5 semaines comme batteur, il est journalier pendant une autre semaine. Le malade a d'abord été ouvrier teinturier et ne buvait pas de genièvre, de la bière seulement ; depuis qu'il est cerusier, il boit plusieurs petits verres par semaine ; le dimanche et le lundi il absorbe assez de bière.

Quoique relativement jeune, cet ouvrier a déjà les radiales dures.

Ce fut huit jours avant son entrée à l'hôpital qu'il éprouva les premiers symptômes de l'intoxication, symptômes qui se manisfestèrent par des coliques assez violentes, il prend alors un purgatif, et les douleurs au lieu de diminuer augmentent à partir de ce jour.

A son entrée à l'hôpital, il nous a dit qu'il vomit depuis 4 jours et que depuis cette époque il n'a pu rien absorber, de plus il n'a plus été à la selle.

Toute la région antérieure de l'abdomen présente une hyperesthésie cutanée très vive et la pression de la peau à la partie inférieure des Droits produit de la douleur.

A la partie interne des cuisses et aux mollets nous trouvons de la myosalgie.

Non seulement les régions dont nous venons de parler

sont douloureuses à la pression, mais le malade accuse aussi des douleurs spontanées dans le ventre et les jambes, très fortes à certains moments.

Il n'y a pas de dysurie, mais les urines sont diminuées.

Si nous examinons le liséré, voici ce que nous voyons : il est beaucoup plus marqué à la mâchoire supérieure. Sur les côtes où les dents sont belles, il n'y a pas de liséré ; en avant où il y a du tartre, le liséré est assez accusé. En arrière pas de tartre, aussi pas de liséré.

Rien au cœur ; pouls à 60.

16 nov. — Il a encore vomi le matin. Urines peu abondantes, fortement chargées en urats.

Teinture d'iode. Rigollots.

17. — Le malade n'a plus vomi, plus de douleurs dans le ventre : encore légère hyperesthésie cutanée dans les flancs.

Myosalgie des adducteurs et du triceps mural.

19. — Plus de douleurs dans le ventre, ni spontanée ni provoquée. Mange un peu. Prend un purgatif mais ne va pas à la selle.

22. — Le malade accuse des douleurs à la région du front et, en effet, nous constatons un peu d'hyperesthésie frontale, les coliques ont recommencé en même temps que l'hyperesthésie cutanée de l'abdomen et du scrotum. Depuis 2 jours, pas de selles.

25. — Nous ne trouvons plus qu'un peu de douleur névralgique à droite ; le malade mange bien.

26. — Selles, guérison presque complète.

27. — Guérison.

3 décembre. — Le malade sort guéri.

Observation IX

Hyperesthésie cutanée pure du ventre et myosalgie des muscles fléchisseurs de l'avant-bras.

E. Jules. 16 ans, peintre, entré à l hôpital, salle Saint-Louis, pour des douleurs violentes de l'abdomen et des vomissements.

Père et mère morts après la cinquantaine d'affections pulmonaires indéterminées.

Une sœur morte à 14 ans d'un mal inconnu. Antécédents personnels : Rougeole dans le jeune âge.

Le malade n'a jamais toussé ni craché de sang. Depuis 8 mois, il est employé chez un peintre où il broyait presque toute la journée des couleurs à base de plomb.

Lundi dernier, 2 Juillet, il a été pris pour la première fois de douleurs abdominales et de vomissements qui l'ont forcé à interrompre son travail pendant 3 jours.

Au bout de ce temps, une amélioration s'étant produite, il est retourné à l'atelier, mais bientôt les douleurs et les vomissements reparaissaient et le malade dut cesser complètement de travailler et entra à l'bôpital.

Etat actuel. — C'est un enfant chétif, maigre, pâle, paraissant moins que son âge. On ne trouve aucune lésion qui puisse expliquer ce retard de la croissance.

Le malade souffre beaucoup du ventre, il a des douleurs spontanées qui surviennent par accès de 2 ou 3 minutes qui lui arrachent des cris et le font tordre dans son lit.

Hyperesthésie cutanée dans toute la région abdominale antérieure jusqu'à l'épigastre, mais surtout au niveau du pubis. A ce niveau, le moindre pincement de la peau, une

légère traction sur les poils arrachent des cris au patient. L'hyperesthésie cutanée s'étend sur la face interne de la cuisse jusqu'à l'articulation du genou. On n'en trouve pas autre part.

Anorexie complète, vomissements répétés survenant ordinairement après chaque crise douloureuse ; pas de selle depuis 3 jours. Liséré peu accusé.

Pas de paralysie. De temps en temps survient une contracture douloureuse des fléchisseurs des doigts surtout à gauche.

Un de ces accès se produit pendant la visite et cède rapidement à l'application de rigollots sur la face antérieure des avant-bras.

Des crampes douloureuses se produisent parfois dans le mollet dans l'intervalle des contractions pas de myosalgie.

Pas de tremblement.

Pas d'anesthésie en aucun point.

Pas de céphalée, pas de délire. L'insomnie est causée par la douleur. Le malade se plaint de spasmes douloureux survenant pendant la miction, qui est pénible et exige de grands efforts. Il n'y a pas de rétention d'urine. Les urines sont en petite quantité, troubles ; ni sucre ni albumine.

Pas de souffle au cœur.

Foie normal.

Traitement : aux Bonnes. Teinture iode, Lavement purgatif, injection morphine le soir.

10 juillet. — Le malade a dormi un peu la nuit. Ses douleurs sont moins fortes mais par moment surviennent encore des accès suivis de vomissements.

La peau est moins douloureuse dans la partie supérieure de la paroi abdominale et sur les cuisses. Elle l'est encore au niveau du pubis, moins qu'hier pourtant.

Hier dans la journée le malade a eu une selle. Persistance des troubles de la miction, les crampes se sont renouvelées dans les jambes, mais pas aux membres supérieurs.

Nouvelle application de teinture d'iode.

11. Les vomissements continuent ainsi que les accès douloureux qui sont pourtant moins fréquents et moins intenses.

Les spasmes se sont reproduits au cours de la miction.

Du côté des fléchisseurs des doigts et dans les mollets, il y a eu encore des contractures douloureuses.

L'hyperesthésie cutancée a presque disparu de la région abdominale, mais elle paraît remplacée par de la myosalgie. Il y a aussi un peu de rétention d'urines. Cathétérisme.

La sonde passe difficilement, un peu d'urine s'écoule mais des spasmes de la portion membraneuse compriment la sonde molle et interrompent le jet.

Electrisation galvanique des fléchisseurs. Teinture d'iode.

12. — Une selle hier dans la journée. Vomissements ce matin.

Plus de crampes douloureuses. Hier encore quelques spasmes dans la miction.

Douleurs spontanées beaucoup moins fortes, plus de myosalgie; bonne nuit sans injection de morphine ; plus d'hyperesthésie cutanée sauf dans la fosse iliaque gauche.

14 — Plus de douleur. Plus d'hypérésthesie cutanée.

Plus de vomissements. Le malade a été à la selle mais sans lavement.

Plus de spasmes.

Observation X

Myosalgie très violente

Entré le 5 juillet 1893, le nommé D Henri, 23, ans cérusier pour de violentes douleurs de ventre. Antécédents héréditaires. Parents encore vivants : Antécédents personnels, à 21 ans, il va au Tonkin où il reste 30 mois ; pendant ce temps, il a de fortes fièvres et il boit beaucoup d'absinthe; depuis qu'il est revenu en France, ne boit plus dans la semaine mais boit beaucoup d'alcool le dimanche.

Il y a 5 semaines qu'il travaille à la céruse et n'a jamais occupé d'autre poste que celui de batteur, il est pris de coliques pour la 1re fois.

Il y a déjà 15 jours qu'il a été forcé d'abandonner son travail à cause des coliques ; par deux fois différentes elles se sont calmées au moyen de purgatifs mais bientôt elles réapparaissent quelquefois plus fortes sans que le malade ait pu reprendre son travail.

Le lundi 3 juillet, elles reprennent beaucoup plus fortes, il se produit des vomissements. Malgré 7 ou 8 purgatifs, il n'y en a eu qu'un qui a produit une selle abondante.

Etat actuel.— C'est un homme peu vigoureux, le teint jaunâtre, la face présente un aspect terreux. Les conjonctives ont une teinte subictérique.

L'athérome de la radiale est déjà assez prononcé et la main étendue en avant, les doigts écartés laisse voir un léger tremblement; les sueurs sont abondantes. Quand le malade reste sur son lit sans bouger, les douleurs sont peu accentuées mais les jours précédents, elles étaient intenses même sur le décubitus dorsal et au repos.

Les douleurs siègent au niveau de l'épigastre,il y en a dans le mollet, mais elles ont été plus fortes.

Pas de douleurs à la pression des masses musculaires des membres, pas d'hyperesthésie cutanée.

Au niveau de l'abdomen, on trouve une douleur très vive à la moindre pression sur les ouvertures des droits. Elle est beaucoup moins forte à leur partie moyenne et sur les flancs. Mais elle revient très vive à la pression sur les côtes au niveau de la crête iliaque et des masses sacro-lombaires.

Pas d'hyperesthésie cutanée dans toutes ces régions. Larges plaques d'anesthésie à la piqûre. Toute la partie antérieure de l'abdomen est anesthésiée. Le liséré saturnin est très peu marqué par le tatouage; langue très peu saburrale.

Chaque fois que le malade veut avaler quelque chose, il a des vomissements.

Le ventre est un peu rétracté, l'appétit nul.

Depuis samedi 1er juillet, il n'a pas été à la selle.

Foie. — Le foie n'est pas diminué de volume, il arrive jusqu'au rebord des fausses côtes.

Pouls fréquent plein. Claquement aortique prononcé.

5 juin. — Rigollots. Un peu de lait (qui a été vomi).

6. — Rigollots, glace, eau de seltz.

Urines peu abondantes, foncées.

Douleurs un peu diminuées, légère amélioration.

7. — Grande amélioration. Plus de douleurs spontanées ni provoquées. Pas de vomissements. Langue encore chargée. La constipation continue.

8. — Glace, eau de seltz. Lait.

A eu quelques douleurs l'après-midi, douleur à la pres-

sion gauche ; légère à l'insertion sup. du droit plus forte à la partie inférieure.

Douleur également sur le flanc gauche.

10. — Encore des douleurs myosalgiques des masses lombaires.

Plus de douleurs des jambes ni du ventre.

2 selles le 8, une le 9, une le 10.

A commencé à manger de la viande, hier 9, le matin.

11. — Quelques douleurs sur les reins.

Urine 1 litre clair.

12. Quelques douleurs spontanées dans les reins en pressant à la région inférieure des droits.

Pas de selle depuis le 10.

Depuis le 9, viande le matin et un œuf.

Le soir depuis le 10, un œuf.

Aujourd'hui viande matin et soir.

13-14. Urine : 1.200. A eu la diarrhée hier, a été une quinzaine de fois à la selle. Plus de douleurs.

19. Sort guéri.

Observation XI

Myosalgie et hyperesthésie cutanée

R. Jean, cérusier et chaudronnier, entre le 18 février 1892 salle St-Louis pour des vomissements et des douleurs de ventre.

Il a travaillé à la céruse pendant 4 semaines il y a 3 ans, au bout de ce temps il a des coliques de plomb.

Il reprend son métier de chaudronnier et travaille pendant 6 semaines. D'ordinaire les ouvriers cérusiers travail-

lent 8 jours à la journée (travail sans danger consistant à mettre le fumier, les pots, faire les couches) et 8 jours aux pièces, c'est-à-dire au battage, aux meules.

Notre malade n'a en tout travaillé que 6 jours aux pièces.

Il n'est pas buveur, il prend tous les matins un petit verre de genièvre contenant de l'aloès et de la rhubarbe.

Dès les premiers jours il est pris de coliques mais qui sont très légères.

C'est au bout de 4 semaines, c'est-à-dire il y a 15 jours qu'il commence à avoir mal aux jambes : douleurs dans les genoux, crampes dans les mollets ; ne pouvait pas étendre les jambes.

Entre le 18. Facies spécial. Liséré marqué. Il n'y a pas d'empreinte sur les gencives. Les coliques sont très fortes, douleurs dans les jambes, vomissements.

Sur toute la région antérieure du ventre il existe de l'hypéresthésie cutanée, également à la surface interne et antérieure des cuisses, à la face interne et postérieure des jambes, à la face dorsale du pied.

On ne peut rechercher à cause de cette hyperesthésie s'il y a de la myosalgie.

21. — Plus de vomissement.

L'hyperesthésie du ventre est très diminuée par des applications de teinture d'iode.

L'hyperesthésie des jambes continue.

23. — L'hyperesthésie des jambes continue mais celle du ventre a disparu et on détermine de la douleur en pressant au niveau des attaches musculaires.

La douleur spontanée est nulle jusqu'au ventre mais elle est excessive aux jambes.

Un lavement donné le 19 n'a pas occasionné de selle.

Le 22 un purgatif donne 2 selles.

25. — Le malade a plusieurs selles spontanées, mais il a beaucoup de mal au moment de l'évacuation. Aussitôt après il est soulagé.

Le malade vomit de nouveau et cependant il n'y a plus d'hypéresthésie cutanée au ventre, il n'y a plus que de la myosalgie.

On prescrit de nouveau des rigollots sur le ventre.

28. — Un purgatif ne produit presque pas d'effet. L'hyperesthésie cutanée des jambes a presque disparu. Un peu de myosalgie.

Au ventre un peu d'hyperesthésie et de myosalgie. Les vomissements continuent.

Glace, teinture d'ode, injection chloroformée.

2 Mars. — Amélioration sensible. Plus de vomissements. Les douleurs sont beaucoup moindres.

Un peu de myosalgie dans les muscles de la cuisse droite et dans ceux de la jambe.

Douleurs le long du sciatique à la pression sauf au niveau du petit péroné.

Observation. XII.

Myosalgie et hyperesthésie cutanée.

D. Augusta, 46 ans, cerusier, entre salle St-Louis pour des coliques.

N'a jamais été malade, était cordonnier. Buvait beaucoup le dimanche, le lundi et le mardi, ne buvait que du genièvre, mais en grande quantité.

Il y a quinze mois il eut une hémiplégie qui s'est développée graduellement en une journée de temps. Cette

hémiplégie a diminué mais il reste encore un peu de paralysie faciale.

Travaille à la céruse depuis 6 semaines : il n'y avait jamais travaillé. Il a été employé successivement aux pièces, à la meule, au battage.

A mal au ventre depuis quatre ou cinq semaines. Coliques légères, travaillait pendant un jour et se reposait le suivant.

Depuis 6 jours les douleurs sont plus violentes, il a pris des purges qu'il a vomies.

Etat actuel. — C'est un homme fort peu athéromateux, le facies est pâle, les conjonctives légèrement subictériques. Douleurs dans les jambes quand il marche et même au lit. Dans le bas-ventre les douleurs sont continues et empêchent le sommeil.

Hyperesthésie cutanée de tout l'abdomen.

Myosalgie surtout à l'insertion des droits.

Hyperesthésie de toute la peau de la région lombaire droite. Douleurs musculaires à la pression de la masse sacro-lombaire droite, ventre peu rétracté. Pas de douleurs dans les membres supérieurs.

Myosalgie des adducteurs gauches, hyperesthésie à ce niveau.

Douleurs musculaires dans les mollets. Pas de plaques d'anesthésie. Pas de céphalalgie. Pas de sommeil. Langue saburrale. Liséré saturnin très marqué. Anorexie. Pas de vomissements. Pas de selles depuis 3 jours.

A uriné beaucoup, depuis hier soir plus d'un litre.

Douleurs à la miction, urines rouges foncées. Foie : sur la ligne mamelonnaire du 5e espace au rebord des fausses côtes. Hauteur 12 cm. Cœur normal. Pouls 66.

Traitement : Rigollot. Purgatif. Teinture d'iode. Bains sulfureux. Lait, œufs, viande.

Observation XIII

Hyperesthésie cutanée de la peau de la région abdominale.

M. Victor, journalier, entre le 26 juin 1894 salle Saint-Louis pour des douleurs abdominales.

Il raconte que deux jours avant, le dimanche, il n'avait fait aucun excès lorsque, le soir, il est subitement pris de violentes douleurs.

Il se couche, mais la douleur ne disparaissant pas, il entre à l'hôpital.

A son entrée on constate une légère élévation de la température 37°,8 qui tombe du reste le lendemain.

Inspection. Le ventre ne présente rien d'anormal.

Palpation. Si on perce la peau surtout celle de la région sus-ombilicale, on constate une hyperesthésie cutanée très accentuée. Le malade accuse de violentes douleurs.

Il a eu des vomissements et en a du reste encore le matin de son entrée.

Pas de météorisme.

Les conjonctives sont légèrement ictériques.

Les urines assez abondantes sont foncées, elles donnent la réaction de Ginelin.

On ne peut pas voir si les matières fécales sont décolorées, le malade n'ayant pas été à la selle depuis le temps qu'il a mal au ventre.

Le foie ne présente rien de particulier. Pas de point

scapulaire avec irradiations de l'épaule comme dans la colique hépatique.

Quant à la douleur de l'appendice xyphoïde et de la vésicule, on l'obtient en pinçant la peau dans ces régions.

27 juin. — Application de teinture d'iode dans les endroits hyperesthésiés.

Dès le lendemain les douleurs sont considérablement diminuées, les vomissements cessent. Plus de fièvre.

On donne un purgatif et on constate que les matières fécales sont légèrement décolorées.

28. — Plus de douleurs, plus d'urines colorées, la teinte jaunâtre des conjonctives commence à s'effacer.

30. — Guérison complète.

Le malade se repose jusqu'au 7 juillet, époque à laquelle il sort de l'hôpital.

OBSERVATIONS (*Bernard*)

Observation XIV

Colique aiguë. — Obstruction intestinale récurrente. — Néphrite saturnine — Anémie et hystérie]saturnines

Charles H., 35 ans, peintre en bâtiments, entré à l'Hôtel Dieu dans le service du Professeur Cornil, le 23 mars 1898, salle Saint-Denis, lit n° 24.

Antécédents personnels : A l'âge de 7 ans, fièvre typhoïde suivie de troubles mentaux passagers. A l'âge de 16 ans, il entre comme apprenti cuisinier dans un hôtel, mais il quitte rapidement ce métier pour devenir peintre en bâtiments. A l'âge de 30 ans, il fait une première crise de coli-

ques de plomb. Déjà à ce moment, il avait de l'albumine dans les urines. Chacune des deux années suivantes, il fait une nouvelle crise de coliques de plomb.

En 1897, l'année suivante, il entre à l'Hôtel-Dieu pour des céphalées violentes, accompagnées de brouillards devant les yeux, de pollaxiurie, de cryesthésie, de crampes dans les mollets. Il sort à peu près guéri au bout de 2 mois. Cette même année, il fut pris subitement, un matin, au réveil, d'hémiplégie droite totale. Soigné par le régime lacté absolu et l'iodure de potassium, il fut complètement guéri de son hémiplégie deux mois après et reprit son métier de peintre en bâtiments.

Maladie actuelle. — Le malade se plaint de souffrir, depuis 10 jours, de violentes douleurs abdominales plus violentes, dit-il, qu'il n'en a jamais eues. Cependant, aujourd'hui (23 mars), les douleurs sont moins vives qu'au début. L'abdomen ni rétracté, ni ballonné, est douloureux à la palpation. *La constipation n'est pas complète.* Le malade est mis au régime lacté absolu, avec des lavements et de l'extrait de belladone à l'intérieur.

Le lendemain, 24 mars, les douleurs abdominales ont diminué. La constipation persiste. On continue les lavements glycérinés.

Le 25, le ventre *devient ballonné*, mais non douloureux. Les lavements n'ont pas amené de selles. Le malade a eu des vomissements bilieux.

Le 26, au matin, le ventre est extrêmement ballonné, le malade a eu des vomissements fécaloïdes, il a de la fièvre, 38°6). Un lavement électrique administré à midi ne donne aucun résultat. Mais un grand lavage de l'intestin (avec deux litres d'eau sous faible pression) amène une débâcle immédiate, le malade remplit plusieurs bassins de matières féca-

les. A la suite de cette évacuation, le malade est très soulagé. Cependant le ventre n'ayant pas diminué de volume et la température ayant encore augmenté dans la soirée (39°6). un second lavage intestinal est fait et amène comme le premier une abondante débâcle.

Le lendemain. 27 mars, le malade se trouve considérablement soulagé :

Le ventre est redevenu souple et à peine ballonné, la température est de 37° 6. L'état est redevenu à peu près normal et se maintient tel les jours suivants.

Ajoutons que cet homme très impressionable, très émotif, craintif à l'excès, était porteur d'une hémi-anesthésie droite complète, il avait en outre depuis quelque temps des troubles de la vue pour ce qui a trait à la perception des couleurs.

En outre, ce malade était atteint d'une albuminurie intense et d'une anémie profonde ; toutes ses muqueuses étaient très décolorées. Il ne présentait pas de liséré gingival saturnin car, instruit par ses crises antérieures, il se brossait les dents deux ou 3 fois par jour.

Observation XV

Colique aiguë chez un saturnin opéré un an auparavant pour une pseudo-appendicite (colique de plomb probable).

D..., âgé de 32 ans, lapidaire en fausse perles, entre à l'hôpital St-Antoine, salle Lorain, lit n° 27, le 18 janvier 1901.

Antécédents personnels : Le malade a eu dans son enfance la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde et la variole. Vers 18 ans, il a eu un chancre qui n'a pas été suivi d'accidents secondaires.

Le malade travaille depuis 3 ans à la fabrication de fausses perles dans lesquelles entre un composé de plomb. Plusieurs fois déjà il avait eu des crises de coliques violentes, lorsqu'en mars 1893 il eut une crise de coliques abdominales, sans prédominances du côté droit. absolument semblables, dit-il, à celles qu'il avait eues auparavant et à celles qu'il a eues depuis. Il entre dans un service de chirurgie où on diagnostique une appendicite et où on l'opère : on ne trouve pas d'appendicite et on referme l'abdomen en laissant un petit drain, il sort de l'hôpital guéri (vingt-deux jours après l'opération. Depuis ce moment, le malade a continué à avoir des coliques sourdes et des signes de dyspepsie saturnine avec amaigrissement.

Maladie actuelle. — Il y a 2 jours, le malade est pris de coliques violentes pour lesquelles il entre aujourd'hui à l'hôpital.

Le malade ressent actuellement de violentes coliques à prédominance ombilicale. Ces douleurs sont exagérées par la pression profonde. *Il existe un léger ballonnement de l'abdomen.* Pas de dermalgie. Myosalgie assez marquée des muscles grands droits. Pas de point de Mac-Burney. Constipation opiniâtre. Cœur et foie normaux. Température normale. Pouls = 76. Urines rares foncées chargées en sels non albumineux.

Sous l'influence d'évacuants doux (sulfate de magnésie, lavements, miel soufré) les selles se rétablissent rapidement, les coliques disparaissent et le malade sort complètement guéri onze jours après son entrée.

Observation XVI

Appendicite ou colique de plomb. — Guérisons. — Nouvelle crise de coliques de plomb nette 3 semaines après.

Jérome C., 30 ans, charretier en métaux, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lorain, le 8 août 1900.

Antécédents personnels. — Aucune maladie de l'enfance. A l'âge de 18 ans, le malade dit avoir une pleurésie gauche d'une durée de 3 mois; à la suite de cette pleurésie, il a continué pendant plusieurs années à tousser durant l'hiver; il a eu également plusieurs petites hémotpysies. Au printemps dernier, il a eu une épistaxis très abondante.

Depuis 5 années le malade est charretier en métaux, il charrie du vieux plomb, du vieux cuivre, des cendres de plomb, de l'étain, souvent il ne charrie pas et travaille dans l'atelier avec les autres ouvriers. Jamais il n'a eu de coliques ni aucun autre accident saturnin avant le 15 juin de cette année. Il digérait très bien et n'avait aucun signe de dyspepsie.

Vers le commencement de juin 1900, le malade est pris de douleurs abdominales à forme de coliques sourdes, siégeant surtout dans la région ombilicale, toutefois ces douleurs n'étaient pas assez violentes pour l'empêcher de travailler. En même temps les selles deviennent difficiles, les matières fécales sont très dures. Le malade a des vomissements alimentaires après chaque repas. Puis les douleurs abdominales deviennent beaucoup plus violentes, la constipation est absolue, le malade a des vomissements verdâtres ; il aurait même vomi une fois, nous dit-il, des matières noires qui sentaient très mauvais, le ventre était à ce moment, dit-il très dur et ballonné.

Le malade entre à l'hôpital St-Antoine le 15 juin, il n'était pas placé dans notre service et à ce moment nous ne l'avons pas vu, mais notre collègue, l'interne de service, qui a bien voulu nous renseigner à son sujet, constate une crise appendiculaire nette avec élévation de température (qui ne s'éleva pas toutefois au-dessus de 38° 5);pendant 2 ou 3 jours douleur bien localisée à la fosse iliaque droite, perception d'un boudin cœcal, constipation et vomissements. Il avait aussi l'ictère des conjonctures. On lui applique de la glace sur le ventre et on le met au régime de l'eau glacée.

Très soulagé par ce traitement, il commence à aller spontanément à la selle 5 jours après son entrée, sans qu'on lui ait donné aucun médicament à cet effet. Puis on le nourrit progressivement et un mois après son entrée on lui conseille de se faire opérer à froid. Mais le chirurgien ne trouvant aucune trace d'appendicite ne l'opère pas et il sort de l'hôpital le 22 juillet.

Il recommence à travailler dans un état de santé parfait, l'appétit est excellent, les digestions se font bien, les selles sont régulières.

Maladie actuelle.—Il y a trois jours, le 5 août coliques avec vomissements alimentaires et bilieux. Vu le 8 août, coliques constantes avec paroxysmes surtout au creux épigastrique et à la région ombilicale; abdomen légèrement ballonné. Liséré gingival. Traitement : morphine en injections sous-cutanées, cataplasmes évacuation sans purgatifs. Le malade sort guéri au bout de 13 jours,

Observation XVII

Léon B..., 20 ans, peintre en bâtiments depuis 2 ans 1/2 Aucune maladie antérieure. Perte de l'appétit depuis mois.

Maladie actuelle.— Depuis 2 jours coliques sus-pubiennes violentes, constipation, vomissements vert-de-gris, myosalgie très vive à l'insertion pubienne des muscles grand droits. Traitement : glace sur le ventre. Extrait de belladone, 5 centigr. à doses fractionnées. Dès le lendemain diminution notable des coliques. Le 4e jour émission spontanée de selles abondantes. Guérison au bout du 8e jour.

CONCLUSIONS

1° Grâce aux progrès de l'hygiène sociale, on peut entrevoir un avenir prochain où les méfaits du plomb se feront de plus en plus atténués : en attendant cette ère si souhaitable, le syndrome aigu de l'intoxication saturnine chronique — la colique de plomb — est encore aujourd'hui d'une grande fréquence et la question du traitement de cette affection dont la douleur est l'élément essentiel présente toujours un grand intérêt.

2° Deux théories au sujet du traitement de la colique de plomb sont en présence : *a*) l'une accorde le grand rôle à l'intestin : c'est à lui que revient la responsabilité des douleurs causées par la contraction spasmodique de ses fibres lisses sous l'influence d'une action locale irritante du plomb. La conclusion thérapeutique logique est qu'il qu'il faut, avant tout, au mépris de toute douleur, évacuer le contenu intestinal.

b) L'autre, plus moderne, patronnée par l'école de Lille Drs Wannebroucq, Villette, Hermand, Deléarde, accorde un rôle exclusif à la dermalgie et la myosalgie abdominale dans le syndrome ; supprimez l'élément, douleur qui réside dans les téguments superficiels et les muscles et vous verrez cesser la constipation.

3° Nous pensons avec notre maître le Dr Claisse qu'il ne faut être aussi absolu ni dans un sens ni dans l'autre : et que ce serait tomber d'une erreur dans une autre que de négliger le rôle de l'intestin après avoir négligé celui de la paroi.

Le plomb a sur l'intestin une action irritante, point de départ d'un réflexe qui s'achève en spasmes douloureux dans les muscles abdominaux.

L'action thérapeutique doit avant tout porter contre cette myosalgie : des moyens simples, application de compresses chaudes ou de vessies de glace ou encore comme nous en avons tenté l'heureuse expérience la *constriction abdominale*, y parviennent fréquemment. Dans les cas plus sérieux après avoir éliminé toute cause d'erreur de diagnostic et en particulier l'appendicite, il sera judicieux d'associer à ces agents thérapeutiques anodins, de légers purgatifs, sulfate de soude, huile d'olive, miel soufré, respectant la muqueuse intestinale irritée.

Vu :
Le Président de la thèse,
GLUTINET.

Vu : *le Doyen*,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Cornet. — De l'origine spasmodique des coliques et de leur traitement par les injections rectales d'éther. Thèse. Bordeaux, 1890.

Delearde. — La colique saturnine. Revue générale. Gaz. des Hôpitaux, 16 septembre 1899.

Galliot. — Saturnisme et appendicite. Thèse, Paris, 1899.

Grisolle. — Essai sur la colique de plomb, 1835. Thèse, Paris.

Hermand. — Contribution à l'étude de l'intoxication par le plomb et particulièrement du syndrome colique saturnine. Thèse, Lille, 1894.

Renaut J. — Remarques anatomiques et cliniques sur 2 points particuliers de l'intoxication saturnine chronique Gazette médicale de Paris, 1778, page 383.

Villette. — Des myosalgies saturnines et en particulier de la myosalgie abdominale dénommée colique saturnine. Thèse, Lille, 1879.

Giacomini de Padoue. — Gazette des Hôpitaux, janvier 1839.

Briquet. — Pathogénie. Colique plomb. Archives médicales, 1858.

Vulpian.— Clinique médicale de la Charité, page 531.

Meillere. — Thèse, Paris, 1903.

Delearde Dubois. Presse médicale 1906. 14 février.

ANGOULÊME

IMPRIMERIE L. COQUEMARD ET Cie